



**STADE NIORTAIS - ECOLE DE RUGBY**



**SAISON 2009 / 2010  
AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT**

Je soussigné (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_

en cas d'accident de (Nom, Prénom du licencié) \_\_\_\_\_

autorise par la présente :

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- le responsable de l'association, du Comité de la FFR :
  - à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
  - à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal ou mineur.

**Informations complémentaires**

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité :  père /  mère /  représentant légal

Téléphone (portable et fixe si possible) : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin traitant :

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fait pour valoir ce que de droit,

à Niort, le .....

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)